

# 健康診断申込書

下記の通り健康診断を申し込みます

年 月 日

(事業所所在地)

〒

(事業所名称)

(担当者)

(電話番号)

(FAX番号)

(日中連絡先)

上記連絡先以外に希望がありましたらご記入ください

## 支払い方法について

- 当日現金払い(個人)
- 当日現金払い(最後の方がまとめて)
- 会社請求(オプション検査も含む)
- 会社請求(オプション検査は窓口払い)

※記入例を参照いただき、漏れのないようご記入願います。

※予約状況などにより希望日に受診できない場合がございますので、  
予めご了承ください。

※個人情報、個人情報保護法に基づき適正な取り扱いをしており、  
当院および一般財団法人船員保険会の事業以外には、使用いたしません。

健康保険組合	健康保険証の 記号	健康保険証の 番号	フリガナ 名前	性別	生年月日		健診の種類 (付加健診は青色の会場のみ申込可)			オプション		希望年月日	会場名	備考
					昭和	平成	35才以上	34才以下	40/45/50/55/ 60/65/70才の方	青色会場のみ実施	赤色会場のみ実施			
				男・女	昭和	平成	生活習慣病予防健 診 (一般健診)	法定健診 (労B健診)	付加健診	<input type="checkbox"/> 眼底 <input type="checkbox"/> 腹部エコー <input type="checkbox"/> 乳腺エコー	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん	年 月 日		
				男・女	昭和	平成	生活習慣病予防健 診 (一般健診)	法定健診 (労B健診)	付加健診	<input type="checkbox"/> 眼底 <input type="checkbox"/> 腹部エコー <input type="checkbox"/> 乳腺エコー	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん	年 月 日		
				男・女	昭和	平成	生活習慣病予防健 診 (一般健診)	法定健診 (労B健診)	付加健診	<input type="checkbox"/> 眼底 <input type="checkbox"/> 腹部エコー <input type="checkbox"/> 乳腺エコー	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん	年 月 日		
				男・女	昭和	平成	生活習慣病予防健 診 (一般健診)	法定健診 (労B健診)	付加健診	<input type="checkbox"/> 眼底 <input type="checkbox"/> 腹部エコー <input type="checkbox"/> 乳腺エコー	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん	年 月 日		
				男・女	昭和	平成	生活習慣病予防健 診 (一般健診)	法定健診 (労B健診)	付加健診	<input type="checkbox"/> 眼底 <input type="checkbox"/> 腹部エコー <input type="checkbox"/> 乳腺エコー	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん	年 月 日		
				男・女	昭和	平成	生活習慣病予防健 診 (一般健診)	法定健診 (労B健診)	付加健診	<input type="checkbox"/> 眼底 <input type="checkbox"/> 腹部エコー <input type="checkbox"/> 乳腺エコー	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん	年 月 日		
				男・女	昭和	平成	生活習慣病予防健 診 (一般健診)	法定健診 (労B健診)	付加健診	<input type="checkbox"/> 眼底 <input type="checkbox"/> 腹部エコー <input type="checkbox"/> 乳腺エコー	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん	年 月 日		

一般財団法人船員保険会

## 横浜リーフみなとみらい健診クリニック

Yokohama Leaf Minatomirai Health Care Clinic

〒220-0012 神奈川県横浜市西区みなとみらい4-6-5  
リーフみなとみらい11階

- お申し込みはFAX、郵送またはメールにてご返信ください。
- 各種申込方法の宛先をお確かめの上、お間違いのないようご注意ください。

FAX 045-651-2264

TEL 045-651-0026

MAIL kaijou\_yk@sempos.or.jp